

指 定 医 師 辞 退 届

年 月 日

(宛先) 金 沢 市 長

医療機関開設者 職 氏名

辞 退 医 師 氏名

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師を辞退します。

記

医 師 氏 名	
医 療 機 関 名 及 び 所 在 地	
担 当 科 目	科
辞 退 の 理 由 及 び 年 月 日	

(上記の件の問い合わせ先)

部署

担当

電話